

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR

Rafael Dal Ponte Ferreira
Franciane Gonçalves Lima
Patrícia Dineck da Silva
Leonardo Stone Lago
Alan Arrieira Azambuja

UNITERMOS

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR; SERVIÇOS MÉDICOS DE EMERGÊNCIA; ONCOLOGIA.

KEYWORDS

SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME; EMERGENCY MEDICAL SERVICES; MEDICAL ONCOLOGY.

SUMÁRIO

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) trata-se de uma manifestação clínica resultante da obstrução do fluxo sanguíneo ao nível da veia cava superior, podendo se manifestar em pacientes sem diagnóstico de base conhecido. O objetivo deste trabalho é revisar o manejo diagnóstico e terapêutico desses pacientes em atendimento de emergência.

SUMMARY

Superior Vena Cava Syndrome is a clinical manifestation resulting from the obstruction of blood flow at the level of the Superior Vena Cava, which could manifest in patients without an etiologic diagnosis known. The objective of this work is to review the diagnosis and therapeutic management of these patients in emergency rooms.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) é uma manifestação comum dentro das emergências respiratórias.^{1,8} Seu reconhecimento em atendimentos de emergência é de fundamental importância, visto que, além de se tratar de uma manifestação secundária de uma patologia de base potencialmente grave, a severidade de sua apresentação pode requerer intervenção imediata. Este trabalho visa revisar o reconhecimento, os métodos diagnósticos e as opções terapêuticas frente ao paciente acometido pela SVCS.

ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA

A Veia Cava Superior (VCS) drena sangue proveniente da cabeça, pescoço, membros superiores e tórax superior,² sendo responsável por aproximadamente 1/3 do retorno venoso sanguíneo ao coração.¹ A obstrução da VCS resulta no acúmulo de sangue à montante, fator que leva ao desenvolvimento dos sinais e sintomas presentes na SVCS. Tal obstrução pode ser extrínseca, sendo causada por uma compressão externa, ou intrínseca.³ A partir do momento em que há obstrução da VCS, inicia-se o desenvolvimento de uma circulação colateral, sendo o sistema venoso azygos um dos principais a se desenvolver. Veias mamárias internas, torácicas laterais e subcutâneas são outros sistemas colaterais importantes, sendo este último o responsável pelo ingurgitamento do pescoço e tórax presente na clínica da SVCS.^{1,3} A circulação colateral demora semanas para se formar,⁵ dessa forma, o grau de estreitamento da VCS e a velocidade com que ele ocorre são os principais fatores determinantes da severidade dos sintomas.¹

O acúmulo sanguíneo causado pela obstrução aumenta a pressão hidrostática dos vasos, levando ao edema de pescoço e membros superiores, os quais não costumam ter desfecho grave. Entretanto, sempre se deve atentar para pacientes com sinais de obstrução traqueal, visto que esta pode ser fatal.¹

FATORES ETIOLÓGICOS

Atualmente, a principal causa da SVCS são as neoplasias malignas, as quais representam cerca de 65% dos casos. Tais neoplasias geram uma compressão extrínseca da VCS. Como causas intrínsecas podemos citar as condições não malignas, as quais correspondem aos outros 35%, sendo a trombose a principal delas, consequência do aumento da utilização de *stent*, marca-passo e cateter venoso central nos últimos anos.^{1,7}

Dentre as neoplasias malignas, o câncer de pulmão é a principal causa de SVCS, sendo o carcinoma de pequenas células e o carcinoma de células escamosas os mais frequentes devido a sua localização mais central.⁶ Linfomas, principalmente os Não-Hodgkin, e lesões metastáticas são a segunda causa maligna de SVCS, acometendo cerca de 10% dos pacientes.^{1,6}

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Os sinais e sintomas clínicos presentes na SVCS são consequência do acúmulo sanguíneo causado pela obstrução da VCS e do desenvolvimento da circulação colateral. Pacientes acometidos costumam procurar atendimento queixando-se de dispnéia progressiva, sintoma mais comum em pessoas com SVCS, ocorrendo em 63% dos casos.² Tal sintoma é causado pelo edema de laringe, fator que pode levar também a tosse, cianose, estridor e disfagia.² Estes

pacientes costumam apresentar também pletora fácil, edema de pescoço e de membros superiores. No exame físico também podem ser observados circulação colateral torácica visível, distensão de veias subcutâneas e turgência jugular, conforme representado na Figura 1.¹ O sinal de Pemberton pode ser identificado nos pacientes com SVCS, exame no qual nota-se exacerbação da pletora facial e da turgência jugular após elevação dos membros superiores acima da cabeça.⁷

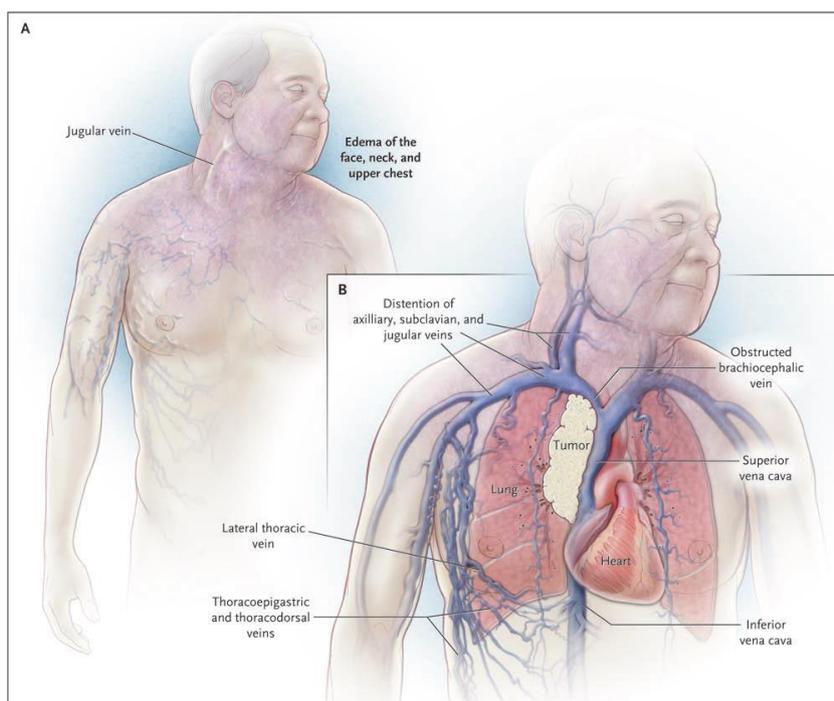


Figura 1 - A. Achados clínicos da SVCS, como edema de face, pescoço e tórax superior (Edema of the face, neck, and upper chest) e turgência da veia jugular (Jugular vein) B. Anatomia vascular do tórax. Distensão das veias axilar, subclávia e jugular (Distension of axillary, subclavian, and jugular veins); Coração (Heart); Tumor (Tumor); Pulmão (Lung); Obstrução da veia braquiocefálica (Obstructed brachiocephalic vein); Veia cava superior (Superior vena cava); Veia torácica lateral (Lateral thoracic vein); Veias toracoepigástrica e toracodorsal (Thoracoepigastric and thoracodorsal veins); Veia cava inferior (Inferior vena cava).¹

Caso se desenvolva edema cerebral, pode haver cefaléia, confusão mental e coma.¹ Em alguns casos de SVCS causada por neoplasia maligna, ainda pode ocorrer paralisia de cordas vocais e Síndrome de Horner, as quais são causadas pela compressão do nervo laríngeo recorrente e da cadeia simpática cervical, respectivamente. A Síndrome de Horner caracteriza-se por ptose, miose, anidrose e rubor facial do lado afetado.⁴

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico da SVCS é basicamente clínico, devendo ser confirmado por exame de imagem.^{6,7} Logo, é de extrema importância a realização de excelente anamnese e exame físico. Dados como tabagismo e história de emagrecimento nos últimos meses sugerem neoplasia maligna como diagnóstico etiológico, enquanto história pregressa de colocação de *stent*, marca-passo ou cateter venoso central nos fala a favor de trombose intravascular como causa da SVCS.¹ A radiografia de tórax evidencia a presença de massa na maioria dos casos, podendo apresentar anormalidades como alargamento mediastinal superior e derrame pleural. Entretanto, a TC de tórax contrastada é o exame de escolha para selar o diagnóstico sindrômico, pois auxilia na localização da obstrução e na diferenciação entre compressão extrínseca e obstrução intrínseca.⁶ Nos casos de intolerância ao contraste, a Ressonância Magnética pode ser realizada.⁶ A trombose como causa etiológica é confirmada pela TC, através da não opacificação da VCS. Já nos casos oncológicos, o diagnóstico etiológico definitivo se dá através da histologia. A localização do tumor observada na TC pode orientar o método de escolha para a realização da biópsia.^{1,2,7}

TRATAMENTO

Frente a um paciente com SVCS, o primeiro passo é observar se há sinais de obstrução traqueal, tais como dispnéia moderada a grave e estridor, podendo estar associado à alteração de voz. Esta medida irá nortear o manejo deste paciente no atendimento de emergência (Figura 2).⁶ Caso estes sinais sejam identificados, após garantir via aérea e confirmar o tipo de obstrução presente, este paciente deve ser imediatamente encaminhado para procedimento de emergência.⁷ Dentre eles estão: colocação de *stent* e radioterapia.^{1,2,6,7}

A colocação de *stent* pode ser alternativa tanto para SVCS causada por neoplasia maligna como para obstrução intrínseca por trombose. Nos casos oncológicos, após o tratamento imediato de emergência os pacientes devem ser encaminhados para tratamento definitivo através de quimioterapia e/ou radioterapia, o que irá depender fundamentalmente da histologia do tumor.⁶ Caso a obstrução seja por trombose, deve ser iniciado imediatamente o uso de trombolítico associado a anticoagulante oral antes da colocação do *stent*.⁷ A angioplastia isolada não mostra resultado a longo prazo, podendo ser utilizada na preparação para a colocação do *stent*. Quando a trombose estiver associada à presença de cateter, deve-se proceder à retirada deste.²

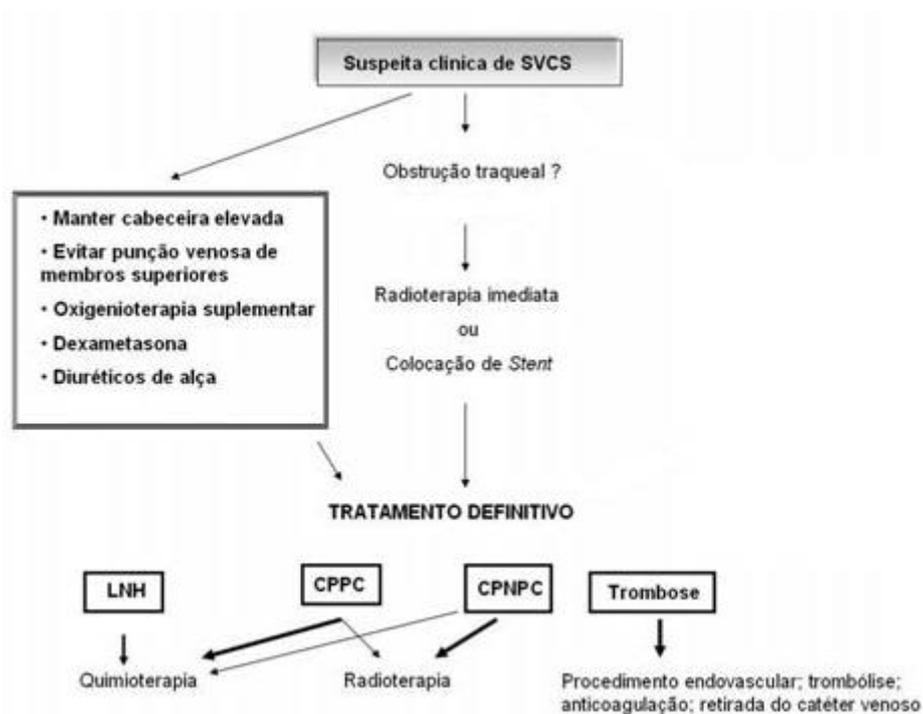


Figura 2. Manejo de paciente com suspeita de Síndrome da Veia Cava Superior. SVCS= síndrome da veia cava superior; LNH= linfoma não-hodgkin; CPPC= carcinoma de pequenas células; CPNPC: carcinoma não pequenas células.⁶

Já a radioterapia imediata é indicada exclusivamente para as obstruções malignas. Como a grande maioria das neoplasias causadoras de SVCS é sensível à radioterapia, essa pode ser realizada mesmo sem o diagnóstico histológico. Após tratamento imediato com radioterapia, 63 a 78% dos pacientes apresentam melhora dos sintomas.¹

Não havendo sinais de obstrução traqueal, a etiologia da obstrução deve ser confirmada no atendimento de emergência, posteriormente encaminhando-se o paciente para o tratamento definitivo.⁶

Independente da conduta a ser tomada, medidas gerais para alívio dos sintomas sempre devem ser realizadas.^{1,4,6} Dentre elas estão a elevação da cabeça, a fim de se reduzir a pressão hidrostática na cabeça e pescoço, repouso no leito e dieta hipossódica. Diuréticos de alça sempre estão indicados, sempre com o cuidado de não espolar muito líquido, pois a desidratação pode precipitar a formação de trombose. Sempre que necessário oxigenoterapia deve ser oferecida.^{1,4,6} Ainda não há evidências comprovando o benefício da utilização de corticóides, estando estes reservados apenas em casos de obstrução por linfoma ou timoma.^{1,6}

CONCLUSÃO

A falha no reconhecimento da SVCS acaba tanto por postergar o manejo do paciente em situação de risco, quanto por retardar o tratamento da etiologia de base nos casos sem indicação de intervenção imediata, o qual costuma ser fundamental para um melhor prognóstico deste. Logo, o diagnóstico clínico da SVCS associado à identificação dos sinais de alerta são muito importantes a fim de se nortear o manejo adequado de pacientes acometidos em atendimento de emergência.

REFERÊNCIAS

1. Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Superior Vena Cava Syndrome with Malignant Causes. *N Engl J Med*. 2007 May 3;356(18):1862-9.
2. DeVita VT, et al. *Cancer: principles and practice of oncology*, 7th ed. Philadelphia: LWW; 2004. Volume 2.
3. Drews RE, Rabkin DJ. Malignancy-related superior vena cava syndrome. . [Database on internet]. Jun 25, 2014. [updated 2014 Jun; cited 2014 Jul 30]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/malignancy-related-superior-vena-cava-syndrome>.
4. Krimsky WS, Behrens RJ, Kerkvliet GJ. Oncologic emergencies for the internist. *Cleve Clin J Med*. 2002 Mar;69(3):209-10, 213-4, 216-7 passim.
5. Lovesio C. Emergências oncológicas. In: *IntraMed. Libros Virtuales [Internet]*. 2009 May 01 [updated 2009 May; cited 2014 Jul 30]. Available: <http://www.intramed.net/log.asp?retorno=/contenidolista.asp?contenidotipoid=35>.
6. Paiva CE, Catâneo AJM, Gabarra RC, Michelin OC. O que o emergencista precisa saber sobre as síndromes da veia cava superior, compressão medular e hipertensão intracraniana. *Rev Bras Cancerol*. 2008;54(3):289-96.
7. Shaikh I, Berg K, Kman N. Thrombogenic catheter-associated superior vena cava syndrome. *Case Rep Emerg Med*. 2013;2013:793054. doi: 10.1155/2013/793054. Epub 2013 Oct 1.
8. Nasi LA. *Rotinas em Pronto-Socorro*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.